

**PERSÖNLICH/VERTRAULICH**

Musterarztpraxis  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt

**Erläuterungen zur Struktur der Honorarabrechnung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend erhalten Sie die Unterlagen für Ihre Honorarabrechnung in folgender Reihenfolge:

1. [Kontoübersicht](#)  
Übersicht über die Kontobewegungen im abgerechneten Quartal
2. [Honorarbescheid](#) und [Rechtliche Hinweise](#)  
Der Beleg für Ihre abgerechneten Leistungen – unterteilt in vier Vergütungskategorien
3. [Kennzahlenblatt](#)  
Auf einen Blick: Alle wichtigen Honorardaten und ihre Entwicklung über die vergangenen fünf Quartale
4. [Anlagen](#)

Ihre  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

**Kontoübersicht zum Honorarbescheid für das Quartal x/yyyy**

Datum	Buchungstext	Lastschrift	Gutschrift
xx.xx.xxxx	Abschlag (Monat) xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Abschlag (Monat) xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Abschlag (Monat) xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Genehmigung zusätzl. Ort	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Max Mustermann	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	ZA-Anstell. Gen. Dr. med. Mia Mustermann (SB)	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Moritz Mustermann	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Reg.Dr. med. Mia Mustermann (SB)	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Honorar lt. reg. Abr. x/yyyy	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Zusätzliche Entbudgetierungsvergütung TSVG x/yyyy	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Ärztlicher telefonischer Beratungsdienst x/yyyy	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Stützungsbetrag Corona-Rettungsschirm x/yyyy	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Honorarkürzung §§ 40 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie x/yyyy	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Honorarkürzung § 291 Abs. 2b SGB V x/yyyy	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	2,40 % Verwaltungskosten allgemein x/yyyy	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	2,40 % Verwaltungskosten Verwaltung Notdienst x/yyyy	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	0,30 % Sicherstellung	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Gen. Max Mustermann	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Register Max Mustermann	0,00	0,00
Summe		0,00	0,00
xx.xx.xxxx	<b>- Restzahlung x/yyyy</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

\*\*\*\* Bitte aufbewahren für Ihre Steuerunterlagen \*\*\*\*

**(i)** Die [Kontoübersicht](#) gibt Ihnen Auskunft über die Kontobewegungen auf Ihrem KV-Konto sowie über die Höhe der Restzahlung bzw. den Saldenübertrag.

Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Abrechnungsgebiet (AG): Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)

Leistungsart	Honorar-anforderung*	Honorar-auszahlung	Garantie-quote in %	Auszahlungs-quote in %
--------------	----------------------	--------------------	---------------------	------------------------

Budgetierte Leistungen innerhalb der Garantiequote (GQ)	Honorar-anforderung*	Honorar-auszahlung	Garantie-quote in %	Auszahlungs-quote in %
Verbleibende MGV-Leistungen Hausärzte	0,00	0,00	0,0	0,0
Verbleibende MGV-Leistungen Kinderärzte	0,00	0,00	0,0	0,0
Eigenlabor Hausärzte	0,00	0,00	0,0	0,0
Eigenlabor Kinderärzte	0,00	0,00	0,0	0,0
Präsenzlabor Hausärzte	0,00	0,00	0,0	0,0
Präsenzlabor Kinderärzte	0,00	0,00	0,0	0,0
CT Radiologen	0,00	0,00	0,0	0,0
MRT Radiologen	0,00	0,00	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	-	<b>0,0</b>

Leistungsart	Honorar-anforderung*	Honorar-auszahlung	Auszahlungs-quote in %
<b>Budgetierte Leistungen innerhalb des praxisbezogenen Leistungsbudgets (PLB)</b>			
Verbleibende MGV-Leistungen Fachärzte	0,00	0,00	0,0
Eigenlabor Fachärzte	0,00	0,00	0,0
Präsenzlabor Fachärzte	0,00	0,00	0,0
Histologie/Zytologie Fachärzte	0,00	0,00	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,0</b>

Leistungsart	Honorar-anforderung**	Honorar-auszahlung	Auszahlungs-quote in %
<b>Budgetierte Leistungen außerhalb GQ / PLB</b>			
Labor Muster 10	0,00	0,00	0,0
Wirtschaftlichkeitsbonus Labor	0,00	0,00	0,0
Genetisches Labor	0,00	0,00	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,0</b>

\* Die Honoraranforderung wird gemäß § 14 (2 und 3) VM, Anlage fachärztlicher Grundbetrag, bei den MRT-Leistungen von Radiologen und Nuklearmedizinern abgestaffelt (siehe Anlage 2)

\*\* Die Honoraranforderung wird gemäß § 18 (3) VM, Anlage fachärztlicher Grundbetrag, bei Leistungen des genetischen Labors abgestaffelt (siehe Anlage 2)

Leistungsart	Honorar-anforderung	Honorar-auszahlung	Auszahlungs-quote in %
<b>100%-Vergütung innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)</b>			
Kostenpauschalen Kap. 40 EBM	0,00	0,00	0,0
Zahnärztliche Anästhesien nach § 21 VM	0,00	0,00	0,0
Pauschale fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00	0,00	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,0</b>
Leistungsart	Honorar-anforderung	Honorar-auszahlung	Auszahlungs-quote in %
<b>Leistungen innerhalb der Extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV)</b>			
Verbleibende EGV-Leistungen	0,00	0,00	0,0
Besuche im Notfalldienst	0,00	0,00	0,0
Haus- und Heimbesuche	0,00	0,00	0,0
Prävention	0,00	0,00	0,0
DMP	0,00	0,00	0,0
Impfungen	0,00	0,00	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,0</b>
<b>Summen</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100,0</b>

Weitere Abrechnungsgebiete	Honorar-anforderung	Honorar-auszahlung	Auszahlungs-quote in %
Sozialhilfe / Auslandsabkommen (AG2)	0,00	0,00	0,0
KOV (AG3)	0,00	0,00	0,0
Sonstige Kostenträger (AG4)	0,00	0,00	0,0
Schwangerschaftsabbrüche (AG5)	0,00	0,00	0,0
Asylbewerberleistungsgesetz (AG6)	0,00	0,00	0,0

Honorarauszahlung Quartal x/yyyy insgesamt

0,00

- ① Der Honorarbescheid gibt Aufschluss darüber, wie sich Ihr Honorar auf die Abrechnungsgebiete und die Honorarbestandteile (Leistungsarten) aufteilt. Die abgerechneten Leistungen werden entsprechend ihrer Leistungsart in die folgenden fünf Unterkategorien eingruppiert:
- Budgetierte Leistungen innerhalb der Garantiequote (GQ)
  - Budgetierte Leistungen innerhalb des praxisbezogenen Leistungsbudgets (PLB)
  - Budgetierte Leistungen außerhalb der GQ / PLB
  - 100%-Vergütung innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV),
  - Leistungen innerhalb der Extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV).

In dieser Darstellung werden nur die ambulanten Leistungen des Abrechnungsgebietes (AG) der Ersatzkassen/Primärkassen (AG 1) berücksichtigt. Dargestellt werden Ihre leistungsartspezifische Honoraranforderung nach Anwendung aller EBM-Maßnahmen, die dazugehörige Honorarauszahlung, sowie Ihre finale Auszahlungsquote. Bei den weiteren Abrechnungsgebieten werden ausschließlich Gesamtsummen dargestellt.

## Rechtliche Hinweise

### Vorbehalt

Die Abrechnung erfolgt unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Honorarberichtigung und einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Gemeinsame Prüfstelle nach § 106 SGB V.

Die Abrechnung erfolgt außerdem in Bezug auf die von Kinderärzten bei Erwachsenen erbrachten kardiologischen Leistungen unter dem Vorbehalt der Honorarrückforderung.

Die Abrechnung erfolgt überdies unter dem Vorbehalt der Berichtigung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01210 und 01212 EBM, woraus sich Rückzahlungspflichten ergeben können. Der Vorbehalt erfolgt vor dem Hintergrund einer Prüfung der in Ansatz gebrachten GOP 01210 und 01212 EBM und deren Verhältnis zu den GOP 01205 und 01207 EBM.

Die Abrechnung der Hybrid-DRGs erfolgt vorbehaltlich möglicher Rückforderungen auf Grund von Prüfungen gemäß § 115 f Abs. 3 Satz 4 SGB V hinsichtlich der Abrechnung, der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung.

Zur Fragestellung der Finanzierung von Unterdeckungen bei der Vergütung von Laborleistungen nach den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B und E wird von Hausärzten derzeit ein Musterklagverfahren geführt. Sofern die Vorgaben der KBV infolge dieses Verfahrens geändert werden, wird die KVH die geänderten Vorgaben für alle Ärzte umsetzen und neben zukünftigen Bescheiden auch die Bescheide unter diesem Vorbehalt der geänderten Sachlage anpassen. Ein Widerspruch gegen den Honorarbescheid ist bezüglich der angeführten Fragestellung daher nicht erforderlich. Bei Praxen, die nach geänderten Vorgaben der KBV durch die aktuelle Berechnungsweise rechtswidrig begünstigt wurden, können Honorarrückforderungen erfolgen.

### Antrag

Bitte beachten Sie: Wenn Sie bei Vorliegen besonderer Sachverhalte eine Vergütungsanpassung beantragen möchten, ist dies nur schriftlich möglich (siehe § 6 VM, Anlage hausärztlicher Grundbetrag und § 10 VM, Anlage fachärztlicher Grundbetrag). Zusätzlicher Widersprüche gegen den vorliegenden Bescheid bedarf es nicht.

Anträge sind substantiiert zu begründen. Sie können bis zum bestandskräftigen Abschluss des betreffenden Quartals gestellt werden. Das bedeutet, dass Sie einen Antrag noch bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist zur Honorarabrechnung beziehungsweise bis zur Beendigung eines Widerspruchs- oder Klagverfahrens gegen die Honorarabrechnung des betreffenden Quartals stellen können.

Nachvergütungen auf Grund von Antragsverfahren erfolgen auch dann, wenn das betreffende Quartal ansonsten bereits bestandskräftig abgeschlossen ist. Sie müssen also keinen Widerspruch gegen die Honorarabrechnung einlegen, wenn Sie für das betreffende Quartal noch eine Nachvergütung aus einem laufenden Antragsverfahren erwarten.

### **Rechtsbehelfsbelehrung**

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg eingelegt werden.

Dafür stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

#### **a. Schriftlich oder zur Niederschrift**

Der Widerspruch ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich (Postfach 760620, 22056 Hamburg) oder zur Niederschrift bei der Widerspruchsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg einzulegen.

#### **b. Elektronisch**

Für die elektronische Widerspruchseinlegung stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Übermittlung durch E-Mail, die **mit einer qualifizierten elektronischen Signatur** der verantwortenden Person versehen ist (§ 36a Abs. 2 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I)). Die E-Mail-Adresse lautet: recht@kvhh.de. Die Signierung mit einem Pseudonym, das die Identifizierung der Person des Signaturschlüsselhabers nicht unmittelbar durch die Kassenärztliche Vereinigung ermöglicht, ist unzulässig. **Die Einlegung des Widerspruchs durch einfache E-Mail ohne qualifizierte elektronische Signatur ist unzulässig.**
- Übermittlung durch eine von der verantwortenden Person elektronisch signierte Erklärung an das elektronische Behördenpostfach der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (§ 36a Absatz 2a Nr. 2 SGB I).

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus den oben genannten Bestimmungen sowie der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung.

Entsprechendes gilt für den gleichzeitig in der Kontoübersicht mitgeteilten Verwaltungskostenbeitrag.



Die [Rechtlichen Hinweise](#) klären über Vorbehalte auf. Zudem werden Ihnen Antrags- und Widerspruchsmöglichkeiten erläutert.

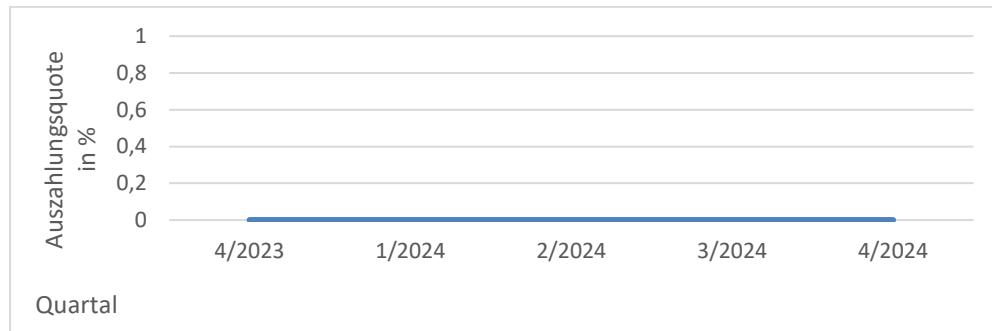
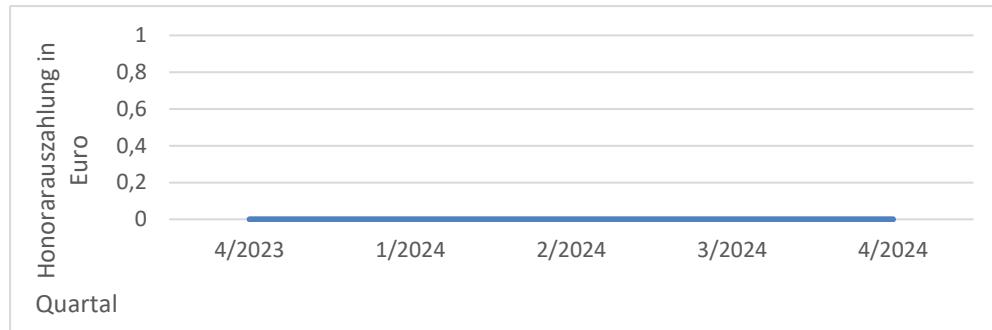
## Kennzahlenblatt

### Eckdaten

	Praxis	Arztgruppe*
Anzahl Praxen	-	-
Anzahl Ärzte gemäß Tätigkeitsumfang	0,00	-
Honorarauszahlung	0,00	-
Fallzahl	0	-

### Honorar- und Fallzahlentwicklung (Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)) \*\* (exklusive HZV, Notfalldienst und KV-eigene Notfallpraxen)

	4/2023	1/2023	2/2023	3/2023	4/2024
Honoraranforderung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Honorarauszahlung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Auszahlungsquote	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fallzahl	0	0	0	0	0
Fallwert	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

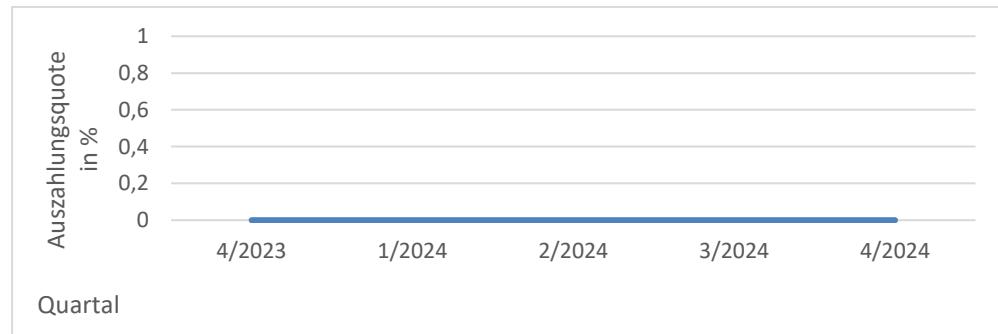
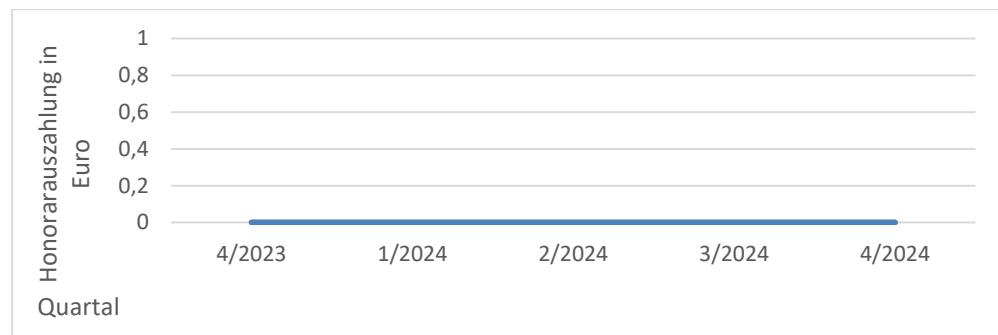


\* Für arztgruppenübergreifende Praxen werden keine Werte aufgeführt

\*\* Rechnerische Berichtungen und nachträgliche Kürzungen (siehe Anlagen 7-10) werden nicht berücksichtigt

**Honorar- und Fallzahlentwicklung (Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)) \*\***  
 (ausschließlich HZV, Notfalldienst und KV-eigene Notfallpraxen)

	4/2023	1/2023	2/2023	3/2023	4/2024
Honoraranforderung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Honorarauszahlung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Auszahlungsquote	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fallzahl	0	0	0	0	0
Fallwert	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



\*\* Rechnerische Berichtungen und nachträgliche Kürzungen (siehe Anlagen 7-10) werden nicht berücksichtigt

Das [Kennzahlenblatt](#) verschafft Ihnen einen Überblick über die Entwicklung Ihres Honorars. So ermöglicht Ihnen die Tabelle „Eckdaten“ einen direkten Vergleich mit Ihrer Arztgruppe. Für Arztgruppenübergreifende Praxen werden in dieser Spalte keine Werte aufgeführt, da eine Darstellung aufgrund der verschiedenen Arztgruppen nicht möglich ist. Wie gewohnt liegt auf unserem [Online-Portal](#) Ihr Honorarbescheid auf Arztebene für Sie bereit (geschützter Zugang erforderlich mit KVSafeNet oder TI-Konnektor). Hier können Sie für jeden in Ihrer Praxis beschäftigten Arzt/Psychotherapeuten den Vergleich zur jeweiligen Arztgruppe einsehen. Es dient der reinen Information.

Vielleicht fällt Ihnen auf, dass die Summe der Fallzahlen je Arzt nicht immer der Fallzahl auf Praxisebene entspricht. Dies kommt vor, wenn Sie in einer BAG oder einem MVZ beschäftigt sind und zusammen mit einem Kollegen oder einer Kollegin an einem Fall arbeiten. Hier wurde zum 01.01.2021 die Fallzahl auf Arztebene dahingehend angepasst, dass der Fall sowohl für Sie als auch für die weitere Person zählt.

Ihre Honorar- und Fallzahlenwicklung wird getrennt nach „exklusive“ HZV, Notfalldienst und KV-eigene Notfallpraxen und „ausschließlich“ HZV, Notfalldienst und KV-eigene Notfallpraxen über die letzten fünf Quartale dargestellt. Rechnerische Berichtungen, Gutschriften, Korrekturen und ggf. Kürzungen (LOG, TI) finden in dieser Abbildung keine Berücksichtigung. In den beiden darunter abgebildeten Diagrammen werden Ihre Honorarauszahlung und die dazugehörige Auszahlungsquote noch einmal graphisch dargestellt.

**Anlage 1 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx**

**Honorarübersicht**

<b>Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)</b>	<b>Umsatz</b>	<b>Fälle</b>	<b>Fallwert</b>
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Kinderärztlicher Notfalldienst*	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
<b>Summe</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>Sozialhilfe / Auslandsabkommen (AG2)</b>	<b>Umsatz</b>	<b>Fälle</b>	<b>Fallwert</b>
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Kinderärztlicher Notfalldienst*	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
<b>Summe</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>KOV (AG3)</b>	<b>Umsatz</b>	<b>Fälle</b>	<b>Fallwert</b>
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Kinderärztlicher Notfalldienst*	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
<b>Summe</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>Sonstige Kostenträger (AG4)</b>	<b>Umsatz</b>	<b>Fälle</b>	<b>Fallwert</b>
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Kinderärztlicher Notfalldienst*	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
<b>Summe</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>Asylbewerberleistungsgesetz (AG6)</b>	<b>Umsatz</b>	<b>Fälle</b>	<b>Fallwert</b>
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Kinderärztlicher Notfalldienst*	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
<b>Summe</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>

	Gesamtumsatz	Fälle	Fallwert
<b>Summen</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>

\* Die hier dargestellten Umsätze für den kinderärztlichen Notfalldienst sowie den telefonischen Bereitschaftsdienst sowie Fallwerte beinhalten nicht die Aufstockung der Vergütung auf 25,00 € pro Fall (im Kinderärztlichen Notfalldienst nur im Rahmen der Videosprechstunde). Diese Aufstockung finden Sie auf der Kontoübersicht jeweils als Einzelbuchung. Für vollumfassende Fallwerte sind diese Einzelbuchungen den hier dargestellten Umsätzen hinzuzurechnen.



Die [Anlage 1](#) zeigt eine Zusammenfassung Ihrer Honorarumsätze, Behandlungsfälle und der sich daraus ergebenden Fallwerte, differenziert nach Abrechnungsgebieten (AG 1 = Ersatz- und Primärkassen, AG 2 = Sozialhilfe / Auslandsabkommen, AG 3 = Kooperationsverträge (KOV), AG 4 = Sonstige Kostenträger und AG 6 = Asylbewerberleistungsgesetz). Wenn Sie in einer BAG oder einem MVZ beschäftigt sind und zusammen mit einem Kollegen oder einer Kollegin an einem Fall arbeiten, zählt der Fall sowohl für Sie, als auch für die weitere Person als ein Fall.

**Anlage 2 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx**

**Darstellung der praxisbezogenen Leistungsbudgets (PLB) und weiteren VM-Besonderheiten**

**Vergütung nach PLB - §§ 6, 12 (3) und 16 VM, Anlage fachärztlicher Grundbetrag**

**PLB nach Arztgruppen**

Bezeichnung	PLB	Bereinigungs-summe Offene Sprechstunde	PLB bereinigt	Honorar-anforderung	Über-/Unter-schreitung
PLB relevante Leistungen Arztgruppe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PLB relevante Leistungen Histologie/Zytologie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Honorar im Bereich PLB nach Arztgruppen**

Bezeichnung	Überschreitung	Über-schreitungs-quote in %	Quotierte Vergütung	Honorar-auszahlung
AGK Arztgruppe	0,00	0,00	0,00	0,00
LK Histologie/Zytologie	0,00	0,00	0,00	0,00

**Zusammenfassung Bereich PLB**

Bezeichnung	Honorar-anforderung	Honorar-auszahlung	Auszahlungs-quote in %	kontingent-durchschnitl. Auszahlungs-quote in %
AGK Arztgruppe	0,00	0,00	0,00	0,00
LK Histologie/Zytologie	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Summen</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		

**Vergütung der MRT-Leistungen von Radiologen und Nuklearmedizinern  
gemäß § 14 VM, Anlage fachärztlicher Grundbetrag**

Bezeichnung	Honorar-anforderung	Berechnungsrelevante Honorar-anforderung	Honorar-auszahlung	Garantiequote in %	Auszahlungs-quote in %
Radiologen	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Nuklearmediziner	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0

**Vergütung der Leistungen des genetischen Labors gemäß § 18 (3) VM  
(GOP 11440, 11512, 11513, 19421 und 19424 EBM)**

Bezeichnung	Honorar-anforderung	Berechnungsrelevante Honorar-anforderung	Honorar-auszahlung	Auszahlungs-quote in %
Genetisches Labor	0,00	0,00	0,00	0,0

Die [Anlage 2](#) erläutert Ihnen die Berechnung des Honorars, sofern besondere Regelungen des VM und/oder EBM eine erweiterte Darstellung zum Verständnis notwendig machen.

Für die Vergütung der budgetierten Leistungen wird das bereinigte PLB je Arztgruppe der entsprechenden Honoraranforderung gegenübergestellt. Insofern es zu einer Überschreitung des PLB kommt, wird diese anhand einer auf Arztgruppenebene ermittelten Überschreitungsquote ggf. anteilig vergütet. Ihre Honorarauszahlung ergibt sich als Summe Ihres PLB zzgl. der quotierten Vergütung. Bei Psychotherapeuten wird, in Abhängigkeit der uns zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, ein PLB bis zum 1,5-fachen des hier ausgewiesenen PLB zur Ermittlung der Überschreitung herangezogen.

Für die Vergütung der MRT-Leistungen von Radiologen und Nuklearmedizinern gemäß § 14 VM sowie des genetischen Labors gem. §18 (3) VM (Achtung: ausschließlich die o.g. fünf GOPn!) finden Sie jeweils eine Darstellung, welche die Abstaffelung von der Honoraranforderung zeigt. Im [Online-Portal](#) (geschützter Zugang erforderlich mit KVSafeNet oder TI-Konnektor) finden Sie in Ihrem Honorarbescheid auf Arztelebene zudem eine Schritt-für-Schritt Darstellung zur Abstaffelung je Arzt.

**Anlage 3 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx**

**Darstellung von EBM-Besonderheiten**

**Wirtschaftlichkeitsbonus - Abschnitt 32.1 EBM - § 16 (2) VM**

1	2	3	4	5	6
Behandlungsfälle mit GOP 32001	HZV-Fälle gesamt	HZV-Fälle mit GOP 32001	Laborkosten	Unterer begrenzender Fallwert	Oberer begrenzender Fallwert
0	0	0	0,00	0,00	0,00
7	8	9	10	11	
Bewertung GOP 32001 EBM	Arztpraxisspezifischer Fallwert	Wirtschaftlichkeitsfaktor	Arztpraxisspezifische Bewertung GOP 32001 EBM	Abzurechnender Wirtschaftlichkeitsbonus	
0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00	
<b>Auszahlungsquote Vergütungsanteil Wirtschaftlichkeitsbonus in % (mind. 85,0 %)</b>			<b>Honorarauszahlung Wirtschaftlichkeitsbonus</b>		
0,0			0,00		

**Erläuterung zum Wirtschaftlichkeitsbonus**

- 1) Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 EBM abgerechnet wurde.
- 2) Anzahl der selektivvertraglichen Fälle im Quartal, die zusätzlich zu den Behandlungsfällen mit GOP 32001 bei der Berechnung des arztpraxisspezifischen Fallwertes berücksichtigt werden.
- 3) Anzahl der selektivvertraglichen Fälle im Quartal, bei denen die GOP 32001 weiter als kollektivvertragliche Leistung vergütet wird und in diesen Behandlungsfällen keine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Diese werden neben den Behandlungsfällen mit GOP 32001 bei der Berechnung des abzurechnenden Wirtschaftlichkeitsbonus berücksichtigt.
- 4) Summe der Kosten der in dem jeweiligen Quartal von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM der Arztpraxis abzüglich der durch Kennnummern ausgenommenen Kosten nach Abschnitt 32.1 Nr.6 EBM
- 5) Unterer begrenzender Fallwert der jeweiligen Fachgruppe nach Abschnitt 32.1 Nr. 4 EBM bzw. unterer begrenzender Fallwert berechnet nach Abschnitt 32.1 Nr. 5 EBM als Mischwert bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung und (Teil-) BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten.
- 6) Oberer begrenzender Fallwert der jeweiligen Fachgruppe nach Abschnitt 32.1 Nr. 4 EBM bzw. oberer begrenzender Fallwert berechnet nach Abschnitt 32.1 Nr. 5 EBM als Mischwert bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung und (Teil-) BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten.
- 7) Punktzahl der GOP 32001 EBM der jeweiligen Fachgruppe nach Abschnitt 32.1 EBM bzw. Punktzahl der GOP 32001 EBM berechnet nach Abschnitt 32.1 Nr. 5 EBM als Mischwert bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung und (Teil-) BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten multipliziert mit dem Hamburger Punktwert.
- 8) Laborkosten je Behandlungs- bzw. HZV-Fall berechnet als Division der Laborkosten durch die Summe der Behandlungs- und HZV-Fälle.
- 9) Sofern der arztpraxisspezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1. Ist der arztpraxisspezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0. In allen anderen Fällen ergibt sich der Wirtschaftlichkeitsfaktor aus der Differenz zwischen dem oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert dividiert durch die Differenz zwischen dem oberen und dem unteren begrenzenden Fallwert.
- 10) Bewertung der GOP 32001 EBM multipliziert mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor.
- 11) Summe der Behandlungs- und HZV-Fälle mit GOP 32001 multipliziert mit der arztpraxisspezifischen Bewertung der GOP 32001 EBM.

**Volumen für Gesprächsleistungen - Präambel 3.1.9 / 4.1.12 EBM  
(GOP 03230, 04230, 04231 EBM – jeweils inkl. aller Suffixe)**

Arztgruppe	Anzahl BHF gem. Präambel 3.1.10 / 4.1.13 EBM	64 Punkte x regionaler Punktwert	Volumen	Honorar- anforderung	Über- schreitung	Unter- schreitung
Hausärzte	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kinderärzte	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Höchstwerte im Krankheitsfall gemäß EBM für Leistungen der Humangenetik**

Leistungsart	GOP	Honorar- anforderung vor Quotierung	Durchschnittliche Quote in %	Honorar- anforderung nach Quotierung
Genetisches Labor	11511	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11512	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11513	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11513Y	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11518	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11521	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11522	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	32931	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	32932	0,00	0,0	0,00
<b>Summen</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>

**Vergütung der Strukturzuschläge - Abschnitt 35.2.3.1 EBM**

(Zuschläge zu GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, 37500 und den Abschnitten 35.2.1 und 35.2.2 EBM)

1					
a	b	c			
Mindestgrenze der Honoraranforderung o. g. zuschlagsfähiger Leistungen	doppelte Mindestgrenze der Honoraranforderung o. g. zuschlagsfähiger Leistungen	Obergrenze der Honoraranforderung o. g. zuschlagsfähiger Leistungen			
0,00	0,00	0,00			
2	3	4	5	6	7
Honorar-anforderung o. g. zuschlagsfähiger Leistungen	Berechnungs-fähiger Struktur-zuschlag (GOP)	Anzahl GOP zuschlagsfähiger Leistungen	€-Wert Struktur-zuschläge gesamt gem. EBM	praxis-durchschnittl. Quote in %	Honorar-auszahlung nach Bewertung mit praxisdurch-schnitl. Quote
0,00	35571	0	0,00	0,0	0,00
<b>Summe Honorarauszahlung</b>					<b>0,00</b>

**Erläuterung zu den Strukturzuschlägen**

Bei Abrechnung der GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, die GOP der Abschnitte 35.2.1, 35.2.2 und die GOP 37500 EBM (zuschlagsfähige GOP) werden Strukturzuschläge gemäß Abschnitt 35.2.3.1 EBM ausgelöst.

1) Darstellung der Mindest- und Obergrenzen der für die Honoraranforderung zuschlagsfähigen GOP

- a) Bei Überschreiten dieser Grenze werden die Strukturzuschläge ausgelöst.
- b) Bei Überschreiten dieser Grenze werden die Strukturzuschläge mit einem Faktor von 0,5 multipliziert.
- c) Bei Überschreiten dieser Grenze sind die Strukturzuschläge nicht mehr berechnungsfähig.

**Hinweis:** Sofern es sich um Anstellungen mit Leistungsbeschränkung nach § 95 Abs. 9 S. 2 i.V.m. § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V oder um vinkulierte Zulassungen bzw. Anstellungen im MVZ handelt, wird für die dargestellten Mindest- und Obergrenzen nur der Zulassungsumfang des anstellenden Arztes/Psychotherapeuten bzw. des Jobsharing-Senior-Partners zugrunde gelegt.

2) Darstellung der Honoraranforderung der zuschlagsfähigen GOP der gesamten Praxis in € (Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der Strukturzuschläge gem. Nr. 1a bis Nr. 1c dieser Erläuterung).

3) Darstellung der Strukturzuschläge nach den GOP 35571 bis 35573 EBM.

4) Anzahl der zuschlagsfähigen Leistungen

5) Anzahl der berechnungsfähigen Strukturzuschläge (je GOP) multipliziert mit der EBM-Punktzahl und mit dem aktuell gültigen Orientierungspunktwert.

6) Darstellung der praxisdurchschnittlichen Quote, zu der die Strukturzuschläge gemäß Nr. 5 bewertet werden.

Die jeweilige Quote ergibt sich in Abhängigkeit der Anforderung zuschlagsfähiger GOP (je nach Korridor) wie folgt:

Korridor 1: Honoraranforderung (Nr. 2) zwischen Mindestgrenze (Nr. 1a) und doppelter Mindestgrenze (Nr. 1b)

→ Differenz Nr. 2 und Nr. 1a im Verhältnis zu Nr. 2

Korridor 2: Honoraranforderung (Nr. 2) zwischen doppelter Mindestgrenze (Nr. 1b) und Obergrenze (Nr. 1c)

→ Nr. 1a zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz aus Nr. 2 und Nr. 1b im Verhältnis zu Nr. 2

Korridor 3: Honoraranforderung (Nr. 2) größer als Obergrenze (Nr. 1c)

→ Nr. 1a zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz aus Nr. 1c und Nr. 1b im Verhältnis zu Nr. 2

7) Darstellung der Bewertung der Strukturzuschläge (Nr. 5) multipliziert mit der praxisdurchschnittlichen Quote (Nr. 6) in €.

**Anlage 4 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx**

**Ihr Honorar im Bereich des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)**

**Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des TSVG**

**Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des TSS-Terminfall**

<b>TSVG-Konstellation</b>	<b>Honorar-anforderung</b>	<b>Honorar-auszahlung</b>	<b>Auszahlungs-quote in %</b>
TSVG TSS-Terminfall Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,0
TSVG TSS-Terminfall Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,0
<b>Summen</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	

**Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des HA-Vermittlungsfall**

<b>TSVG-Konstellation</b>	<b>Honorar-anforderung</b>	<b>Honorar-auszahlung</b>	<b>Auszahlungs-quote in %</b>
TSVG HA-Vermittlungsfall Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,0
TSVG HA-Vermittlungsfall Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,0
<b>Summen</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	

**Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen der offenen Sprechstunde**

<b>TSVG-Konstellation</b>	<b>Honorar-anforderung</b>	<b>Honorar-auszahlung</b>	<b>Auszahlungs-quote in %</b>
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,0
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,0
<b>Summen</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	

**Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des TSS-Akutfalls**

<b>TSVG-Konstellation</b>	<b>Honorar-anforderung</b>	<b>Honorar-auszahlung</b>	<b>Auszahlungs-quote in %</b>
TSVG TSS-Akutfall Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,0
TSVG TSS-Akutfall Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,0
<b>Summen</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	

### Ihre Arztgruppenfälle im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)

#### Darstellung der Arztgruppenfälle (AGF) in der offenen Sprechstunde

TSVG-Konstellation	Anzahl AGF Gesamt	Anzahl AGF in der offenen Sprechstunde	Anteil AGF in der offenen Sprechstunde an AGF Gesamt in %	Begrenzung auf max. 17,5 % der Arztgruppen- fälle Gesamt
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe	0	0	0,0	0
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe	0	0	0,0	0
<b>Summen</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

#### Darstellung der Arztgruppenfälle je TSVG-Konstellation

TSVG-Konstellation	Honorar- auszahlung	TSVG- Arztgruppen- fälle	TSVG- Arztgruppen- fallwert
TSVG TSS-Terminfall Fachgruppe	0,00	0	0,00
TSVG HA-Vermittlungsfall Fachgruppe	0,00	0	0,00
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe	0,00	0	0,00
TSVG TSS-Akutfall Fachgruppe	0,00	0	0,00
<b>Summen</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>

**(i)** Die [Anlage 4](#) stellt Ihre Vergütung im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) je Konstellation dar. Zudem zeigt sie die Anzahl der Arztgruppenfälle in Ihrer Praxis je TSVG-Konstellation inkl. Arztgruppenfallwert.

#### Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des TSVG

Die Darstellung erfolgt getrennt nach Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit ggf. quotiert vergütet wurden (analog MGV) und solchen, die ohnehin außerhalb dieser und damit zu den vollen Preisen des EBM vergütet werden (analog EGV).

**Anlage 5 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx**

**Nachweis über die abgerechneten Leistungen**

**ambulant**

GOP	AG	Leistungsart	Häufigkeit der GOP	Wert in €	Gesamt Anforderung
01414	1	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00
05210	1	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00
05211	1	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00
05212	1	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00
31503	1	Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31	0	0,00	0,00
31504	1	Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31	0	0,00	0,00
31820	1	Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31	0	0,00	0,00
31821	1	Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31	0	0,00	0,00
36503	1	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM	0	0,00	0,00
36504	1	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM	0	0,00	0,00
36822	1	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM	0	0,00	0,00
01207	4	Notfalldienst	0	0,00	0,00
01214	6	Notfalldienst	0	0,00	0,00
01718	6	Prävention	0	0,00	0,00
01737	6	Prävention	0	0,00	0,00
32394	6	Labor Muster 10	0	0,00	0,00
30700	6	Verbleibende EGV-Leistungen	0	0,00	0,00



Die [Anlage 5](#) zeigt die von Ihnen abgerechneten Leistungen, welche den jeweiligen Honorarbestandteilen (Leistungsart) zugeordnet werden.  
 Summieren Sie die Gesamtanforderung (Spalte „Gesamt Anforderung“) je AG und Leistungsart auf, finden Sie diesen Wert in Ihrem Honorarbescheid (ab Seite 4) wieder. Sollten Sie auch stationäre Leistungen erbringen, müssen diese dazu addiert werden.

**Anlage 6 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx**

**Nachweis über die verspätet eingereichten Behandlungsfälle gem. § 2 Satz 3 VM\***

**ambulant**

Quartal	GOP	Leistungsart	Häufigkeit der GOP	Preis in € Abrechnungsquartal gesamt	Preis in € Leistungsquartal gesamt	Differenz
X/XXXX	03040	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00	0,00
X/XXXX	01418	Besuche im Notfalldienst	0	0,00	0,00	0,00
X/XXXX	05227	Verbleibende EGV-Leistungen	0	0,00	0,00	0,00

**stationär**

Quartal	GOP	Leistungsart	Häufigkeit der GOP	Preis in € Abrechnungsquartal gesamt	Preis in € Leistungsquartal gesamt	Differenz
X/XXXX	08227	Verbleibende EGV-Leistungen	0	0,00	0,00	0,00
X/XXXX	36113	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM	0	0,00	0,00	0,00

<b>Gesamtlastschrift</b>	<b>-0,00</b>
<b>Gesamtgutschrift</b>	<b>0,00</b>



In [Anlage 6](#) werden Ihre abgerechneten Leistungen aufgeführt, welche in vergangenen Quartalen (Leistungsquartal) erbracht, aber erst in diesem Quartal (Abrechnungsquartal) eingereicht wurden. Da es im Laufe der Quartale zu veränderten Bewertungen der GOPen kommen kann, werden in dieser Tabelle die Preise des Abrechnungsquartals sowie die Preise des Leistungsquartals aufgeführt. Ihre verspätet eingereichten Behandlungsfälle werden immer zu den Preisen des jeweiligen Leistungsquartals vergütet. Die letzte Spalte bildet die Differenz aus den beiden Bewertungen, welche Sie in Ihrer Kontoübersicht aufsummiert als Gut- bzw. Lastschrift wiederfinden.

**Hinweis:** Gemäß der Honorarvereinbarung 2023 Nr. 12 werden nur die Leistungen dargestellt, welche innerhalb der Extrabudgetären Gesamtvergütung erbracht wurden. Verspätet eingereichte Behandlungsfälle innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden mit den im Abrechnungsquartal gültigen Preisen vergütet.

\* Gemäß der Honorarvereinbarung 2023 Nr. 12 werden nur die Leistungen dargestellt, welche innerhalb der Extrabudgetären Gesamtvergütung erbracht wurden. Verspätet eingereichte Behandlungsfälle innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach den im Abrechnungsquartal gültigen Bestimmungen vergütet.

**Anlage 7 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx**

**Berücksichtigung der Leistungsbeschränkung (Obergrenze) nach §§ 40 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie**

<b>Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)</b>	
<b>Leistungsart</b>	<b>Honorarauszahlung</b>
Verbleibende MGV-Leistungen Arztgruppe	0,00
Vergütung Fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Extrabudgetäre Vergütung	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Medikationsplan	0,00
Leistungen des ambulanten Operierens nach Kapitel 31 EBM	0,00
<b>Summe</b>	<b>0,00</b>
<b>Leistungsobergrenze (LOG)</b>	<b>0,00</b>
<b>Überschreitung</b>	<b>0,00</b>
<b>Unterschreitung</b>	<b>0,00</b>

**Hinweis**

Die Überschreitung entspricht dem €-Betrag, um welchen Ihr Honorar gekürzt wird; sie ist Teil der Darstellung in der Kontoübersicht auf Seite 2 Ihres Honorarbescheides. Über- und Unterschreitung finden grundsätzlich nach 4 Quartalen im Rahmen der Verrechnung (Salidierung) Berücksichtigung. Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung vornehmen.

### Saldierung von Über- und Unterschreitungen der Leistungsbeschränkung (Obergrenze)

#### Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)

Quartal	Unterschreitung	Überschreitung
xxxxx	0,00	0,00
Summen	0,00	0,00

Zu vergütender Betrag nach Saldierung

**0,00**

#### Hinweis

Die Über- und Unterschreitungen aus den o. g. Quartalen entsprechen den ausgewiesenen Beträgen der jeweiligen Honorarabrechnungen zzgl. aller bis zum Stichtag xx.xx.xxxx vorgenommenen Korrekturen in Form von Gutschriften und Lastschriften. Sie beinhalten ggf. noch keine Anpassungen nach § 44 Bedarfsplanungs-Richtlinie, diese erfolgen dann zu einem späteren Zeitpunkt.



Die [Anlage 7](#) stellt die Berücksichtigung der Leistungsbeschränkung (Obergrenze) nach §§ 40 ff. der Bedarfsplanungs-Richtlinie dar. Bei Überschreitung der festgelegten Obergrenze wird die Honorarauszahlung entsprechend gekürzt. Eine Unterschreitung der festgelegten Obergrenze wird ebenfalls ausgewiesen und thesauriert. Eine Verrechnung von Über- und Unterschreitungen findet jeweils nach vier Quartalen, bzw. nach Entfall einer Leistungsbeschränkung statt.

Anlage 8 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Honorarkürzung nach § 95 d SGB V (Fortbildungsverpflichtung)

Basis für Honorarkürzung nach § 95 d SGB V Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)	
Leistungsart	Honorarauszahlung
Verbleibende MGV-Leistungen Arztgruppe	0,00
Vergütung Fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Leistungen des Abschnitts 35.1 EBM - EGV	0,00
Antragspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM	0,00
Strukturzuschläge des Abschnitts 35.2.3 EBM	0,00
<b>Summe (Basis für Kürzung)</b>	<b>0,00</b>
<b>Zu kürzender Anteil</b>	<b>0 %</b>
<b>Zu kürzender Betrag</b>	<b>0,00</b>

**Hinweis**

In dieser Anlage zu Ihrem Honorarbescheid haben wir die Honorarkürzung nach § 95 d SGB V berücksichtigt, die aufgrund der Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung durchzuführen war. Den zu kürzenden Betrag finden Sie ebenfalls in der Kontoübersicht zum Honorarbescheid auf Seite 2.

Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung der Honorarkürzung gem. § 95 d SGB V vornehmen.

**(i)** Die [Anlage 8](#) weist Honorarkürzungen nach § 95 d SGB V bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung aus.

**Anlage 9 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx**

**Honorarkürzung nach § 291 Abs. 2b SGB V (Anbindung Telematikinfrastruktur)**

<b>Basis für Honorarkürzung nach § 291 Abs. 2b SGB V Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)</b>	
<b>Leistungsart</b>	<b>Honorarauszahlung</b>
Verbleibende MGV-Leistungen Arztgruppe	0,00
Vergütung Fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Medikationsplan	0,00
Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 EBM	0,00
Leistungen des ambulanten Operierens nach Kapitel 31 EBM	0,00
<b>Summe (Basis für Kürzung)</b>	<b>0,00</b>
<b>Zu kürzender Anteil</b>	<b>2,5 %</b>
<b>Zu kürzender Betrag</b>	<b>0,00</b>

**Hinweis**

In dieser Anlage zu Ihrem Honorarbescheid haben wir die Honorarkürzung nach § 291 Abs. 2b SGB V berücksichtigt, die aufgrund der Nichterfüllung der Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur durchzuführen war. Den zu kürzenden Betrag finden Sie ebenfalls in der Kontoübersicht zum Honorarbescheid auf Seite 2. Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung vornehmen.

- (i)** Die [Anlage 9](#) stellt die in § 291 Abs. 2b SGB V geforderte Honorarkürzung bei bis zum letzten Tag des Abrechnungsquartals fehlendem Nachweis der TI-Komponentenbestellung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung dar. Seit dem 01.03.2020 hat die Kürzung um 2,5 % zu erfolgen.

Anlage 10 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Honorarkürzung nach § 341 Abs. 6 SGB V (elektronische Patientenakte)

**Basis für Honorarkürzung nach § 341 Abs. 6 SGB V  
Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)**

Leistungsart	Honorarauszahlung
Verbleibende MGV-Leistungen Arztgruppe	0,00
Pauschale fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Telematik - EGV	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Leistungen nach 35.1 EBM	0,00
Antragspflichtige Leistungen nach 35.2 EBM	0,00
Zuschläge nach 35.2.3.2 EBM	0,00
<b>Summe (Basis für Kürzung)</b>	<b>0,00</b>
<b>Zu kürzender Anteil</b>	<b>1,0 %</b>
<b>Zu kürzender Betrag</b>	<b>0,00</b>

**Hinweis**

In dieser Anlage zu Ihrem Honorarbescheid haben wir die Honorarkürzung nach § 341 Abs. 6 SGB V berücksichtigt, die aufgrund der fehlenden technischen Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte durchzuführen war. Den zu kürzenden Betrag finden Sie ebenfalls in der Kontoubersicht zum Honorarbescheid auf Seite 2. Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung vornehmen.



Die [Anlage 10](#) stellt die in § 341 Abs. 6 SGB V geforderte Honorarkürzung dar, die aufgrund der fehlenden technischen Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte durchzuführen war.

Die Kürzung erfolgt um 1,0 %.

Anlage 11 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Honorarkürzung nach § 360 Abs. 17 SGB V (elektronisches Rezept)

**Basis für Honorarkürzung nach § 360 Abs. 17 SGB V  
Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)**

Leistungsart	Honorarauszahlung
Verbleibende MGV-Leistungen Psychotherapeuten	0,00
Pauschale fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Telematik - EGV	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Leistungen nach 35.1 EBM	0,00
Antragspflichtige Leistungen nach 35.2 EBM	0,00
Zuschläge nach 35.2.3.2 EBM	0,00
<b>Summe (Basis für Kürzung)</b>	<b>0,00</b>
<b>Zu kürzender Anteil</b>	<b>1,0 %</b>
<b>Zu kürzender Betrag</b>	<b>0,00</b>

**Hinweis**

In dieser Anlage zu Ihrem Honorarbescheid haben wir die Honorarkürzung nach § 360 Abs. 17 SGB V berücksichtigt, die aufgrund der fehlenden technischen Voraussetzungen für das elektronische Rezept durchzuführen war. Den zu kürzenden Betrag finden Sie ebenfalls in der Kontoübersicht zum Honorarbescheid auf Seite 2. Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung vornehmen.



Die [Anlage 11](#) stellt die in § 360 Abs. 17 SGB V geforderte Honorarkürzung dar, die aufgrund der fehlenden technischen Voraussetzungen für das elektronische Rezept durchzuführen war. Die Kürzung erfolgt um 1,0 %.